

Puerto Rico

Empezaré por hacer algunas preguntas acerca de la salud de su hijo(a).

PR1. [If child reported to have Autism, ASD, Asperger's Disorder or PDD in core, continue to PR1, else go to PR2.] ¿Qué edad tenía este menor cuando un médico u otro proveedor de salud le dijo INICIALMENTE que tenía Autismo, ASD, trastorno de Asperger o PDD?

Edad en años

- 1 No tiene un especialista en salud
- 1 No sé
- 1 Prefiero no responder

PR2. ¿Le han diagnosticado a su hijo espina bífida, anencefalia o cualquier otro defecto del tubo neural en algún momento?

- 1 Sí
- 2 No
- 1 No sé
- 1 Prefiero no responder

Las próximas preguntas son sobre sus experiencias tras los huracanes Irma y María.

PR3. ¿Dejó su hijo(a) de recibir servicios de cuidado de la salud debido a los huracanes Irma o María?.

- 1 Sí
- 2 No
- 1 No sé
- 1 Prefiero no responder

PR4. ¿Se mudó su familia a otro pueblo, ciudad o país debido a los huracanes Irma o María?

- 1 Sí
- 2 No
- 1 No sé
- 1 Prefiero no responder

PR5. ¿Se mudó su familia a otro pueblo, ciudad o país debido a los huracanes Irma o María?

- 1 Si
- 2 No
- 1 No sé
- 1 Prefiero no responder [Ir a PR6]

→ **[Si respondió que sí] ¿Pudo usted regresar a su casa después de los huracanes Irma o María?**

- 1 Si
- 2 No
- 1 No sé
- 1 Prefiero no responder

Ahora le haremos algunas preguntas sobre los servicios que este menor recibe.

PR6. [ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS CSHCN] DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ha visitado este menor a un especialista que no sea un profesional de la salud mental? Los especialistas son médicos como cirujanos, doctores del corazón, doctores de la alergia, doctores de la piel y otros que se especializan en un área de la atención médica.

- 1 Sí
- 2 No, pero este menor necesitaba ver a un especialista
- 3 No este menor no necesitaba ver a un especialista
- 1 No sé
- 1 Prefiero no responder

PR7. [ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS CSHCN] DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿con qué frecuencia vio frustrados sus esfuerzos por obtener servicios para este menor?

- 1 Nunca
- 2 A veces
- 3 Generalmente
- 4 Siempre
- 1 No sé
- 1 Prefiero no responder

PR8. [ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS CSHCN] ¿EN ALGÚN MOMENTO, ha recibido este menor servicios especiales para sus necesidades de desarrollo, tales como terapia del habla, terapia ocupacional o conductual?

- 1 Si
- 2 No
- 1 No sé
- 1 Prefiero no responder

PR9. [ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS CSHCN] ¿Este menor recibe servicios de un programa denominado Servicios de Intervención Temprana? Los niños que reciben estos servicios suelen tener un Plan de Servicios Familiares Individualizado. Se define a los Servicios de Intervención como: capacitación familiar, asesoría y visitas al hogar; servicios médicos; medicina; enfermería; nutrición; terapia ocupacional; fisioterapia; servicios psicológicos; servicio de coordinación de servicios; servicios de trabajo social; instrucción especial; terapia del habla-lenguaje; dispositivos de transporte, comunicación o movilidad; y servicios de la visión y auditivos.

- 1 Si
- 2 No
- 1 No sé
- 1 Prefiero no responder

PR10. [ONLY ASK THIS QUESTION IF CHILD IS CSHCN] ¿Este menor recibe servicios de un programa denominado Servicios de Educación Especial? Los niños que reciben estos servicios suelen tener un Plan de Educación Individualizado. La Educación Especial es cualquier tipo de escuela, clases o tutoría especiales.

- 1 Si
- 2 No
- 1 No sé
- 1 Prefiero no responder

Ahora le haremos algunas preguntas sobre su seguro de salud y su atención médica.

PR11. DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, EN ALGÚN MOMENTO, ¿tuvo usted cobertura de CUALQUIER tipo de seguro de salud o plan médico de salud?

- 1 Sí, tuve cobertura de plan médico los 12 meses
- 2 Sí, pero no tuve cobertura de plan médico los 12 meses
- 3 No
- 1 No sé
- 1 Prefiero no responder

PR12. ¿Cuenta usted ACTUALMENTE con cobertura de ALGÚN tipo de seguro de salud o plan médico de salud?

- 1 Si
- 2 No
- 1 No sé
- 1 Prefiero no responder

→ **[Si respondió que sí] ¿Cuenta usted con cobertura de alguno de los siguientes tipos de seguro de salud o plan médico de salud?**

	Si	No	No sé	Prefiero no responder
PA12a. Seguro a través de un patrono anterior o actual o sindicato	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
PA12b. Seguro contratado directamente de una compañía de seguros	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
PA12c. Medicaid, Asistencia Médica o cualquier tipo de plan de salud del gobierno para personas con bajos ingresos o discapacidad	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
PA12d. TRICARE u otra atención médica militar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
PA12e. Otro tipo; favor especificar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	77 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>